

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 93

LA

PÉRIGASTRO-DUODÉNITE GRAVE APRÈS CHOLÉCYSTECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Décembre 1932

PAR

Marcel-Georges-Antoine ESPLAN

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BÉZIERS (Hérault), le 7 avril 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	{	Président.
		DUVERGEY, professeur.....		Juges.
		PAPIN, agrégé.....		
		DUBECQ, agrégé.....		

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 93

LA

PÉRIGASTRO-DUODÉNITE GRAVE APRÈS CHOLÉCYSTECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Décembre 1932

PAR

Marcel-Georges-Antoine ESPLAN

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BÉZIERS (Hérault), le 7 avril 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		DUBECQ, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGES, AUCHÉ, SELIER.

PROFESSEURS

MM.

Clinique médicale..... MAURIAC.
id..... CASSAET.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.
id..... BÉGOUIN.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.
Anatomie..... VILLEMEN.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.
Physiologie..... PACHON.
Hygiène..... LEURET.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.
Chimie..... CHELLE.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.
Pharmacie..... DUPOUY.

MM.

Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.. ROCHER.
Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique méd. des maladies des enfants.. CRUCHET.
Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique.... SIGALAS.
Médéc. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.. CREYX.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie..... DUBECQ.
id..... DUFOUR.
Physiologie..... FABRE.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.
Médecine générale..... N.
id..... AUBERTIN.
id..... DAMADE.
id..... PIÉCHAUD.
id..... DELMAS-MARSALET.
Maladies mentales..... PERRENS.

MM.

Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... JEANNENEY.
id..... CHARRIER.
id..... LOUBAT.
Obstétrique..... PÉRY.
id..... RIVIÈRE.
Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

Médecine opératoire..... PAPIN.
Physiologie..... FABRE.
Accouchements..... PÉRY.

MM.

Puériculture..... FAUGÈRE.
Démonstrations et préparations pharmac.. GOLSE.
Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.

Ophtalmologie..... MM. { CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. { BEAUVIEUX (charge).
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... N.
id..... GOURDON.
Clinique dentaire..... DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

A qui je dois tout.
Faible témoignage de reconnaissance
pour son immense affection.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS DU BORDEAUX-ETUDIANTS-CLUB

A TOUS MES AMIS DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN VILLAR

Chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux.

Qui nous a inspiré ce sujet, en remerciement des conseils qu'il nous a prodigués et de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous fait un bien grand honneur
en présidant notre thèse.

LA

PÉRIGASTRO-DUODÉNITE GRAVE

APRÈS CHOLÉCYSTECTOMIE

INTRODUCTION

Depuis cinquante ans que Langenbuch a introduit la cholécystectomie dans la chirurgie des voies biliaires, il est apparu aux yeux des chirurgiens que l'on ne devait pas considérer cette opération comme une cure radicale.

En effet, cette question des séquelles de la cholécystectomie a toujours préoccupé les esprits. Sont à citer les travaux de Graff et de Weinert, ceux de P. Duval, d'Hartmann et de Petit-Dutaillis, de Bérard et de Mallet-Guy, de Chiray et de Pavel. Des études radiologiques ont été entreprises par Von Rohde puis par P. Duval, Roux et Bécclère. Actuellement, les résultats de la cholécystectomie suscitent un intérêt de premier plan dans la pathologie du foie et des voies biliaires, témoin le Congrès international de la lithiase biliaire qui en 1932 leur a consacré une grande partie de ses travaux.

De toutes ces publications, il résulte qu'après l'ablation de la vésicule biliaire on doit envisager de bonnes ou de mauvaises suites opératoires.

Certes, dès leur sortie de l'hôpital, un grand nombre d'opé-

rés reprennent leur habitus normal sans souffrir du moindre trouble. Revus longtemps après, ils peuvent être considérés comme guéris. Quelques malades cependant, moins favorisés, reviennent après un laps de temps variable consulter leur médecin pour des douleurs et des troubles digestifs. Parfois même l'état général du malade est si gravement atteint que l'on envisage une réintervention. Tel est le cas d'une femme cholécystectomisée depuis deux ans qui rentra à l'Hôpital A. Boursier dans le service du Professeur Guyot, à Bordeaux, pour troubles graves d'ordre digestif et infectieux. La radiographie montra une périgastro-duodénite intense. Après de vains essais de traitement antiinfectieux et de thérapeutique antisiphilitique, le Docteur Jean Villar, assistant du service, pratiqua une gastro-entérostomie qui fit disparaître les troubles digestifs; néanmoins les phénomènes infectieux persistèrent et seuls les tubages duodénaux purent les influencer favorablement.

Ainsi donc, devant une périviscérite post-opératoire, le traitement de choix, la dérivation intestinale, échoua en partie. C'est pour commenter cet échec partiel de la gastro-entérostomie et pour légitimer l'efficacité du tubage duodéal que M. le Docteur Jean Villar nous a inspiré ce travail. Il nous est apparu au premier abord que la périgastro-duodénite grave après cholécystectomie doit être envisagée sous deux aspects différents tout au moins au point de vue thérapeutique : une forme dont le bon avenir chirurgical dépend de la seule mise en œuvre de la gastro-entérostomie et une forme pour laquelle le drainage biliaire, associé à la dérivation, doit être considéré comme le plus efficace des deux traitements.

C'est dans cet ordre d'idées que nous avons d'abord réuni des observations déjà publiées où la gastro-entérostomie a été suivie de succès; elles sont au nombre de trois. Nous les confronterons avec notre seule observation inédite par laquelle nous avons appris un échec partiel de la gastro-entérostomie pour périviscérite après cholécystectomie.

Tenu compte de bons résultats de la gastro-entérostomie

dans les trois observations que nous rapportons, on peut voir que dans ces trois cas la clinique avait révélé une périveriscérite avec troubles digestifs évoluant sans fièvre et provoquant un état d'inanition. A la radiographie, les auteurs avaient enregistré des positions anormales des divers segments du tube digestif, des déformations et quelquefois de véritables sténoses. Les chirurgiens, en réintervenant, trouvèrent alors des adhérences fibreuses, sans congestion ni œdème prononcés, relativement peu étendues : une réaction péritonéale chronique, dont l'infection causale bilio-digestive a régressé.

Si d'autre part nous étudions notre observation inédite, nous sommes d'abord frappé par les médiocres résultats de la gastro-entérostomie et par l'efficacité du tubage duodénal. Nous remarquons ensuite que la périveriscérite diagnostiquée avait évolué avec fièvre, du type rénitent, et avait été accompagnée d'un état voisin de la cachexie. La radiographie avait montré une périveriscérite intense, étendue à l'estomac et au duodénum. A la radioscopie on avait noté une gêne au passage de la bouillie barytée. En somme, le diagnostic porté avait été celui de périgastro-duodénite avec phénomènes infectieux. Opérant la malade pour la deuxième fois, M. Jean Villar rencontra un tissu d'adhérences rouges, œdémateuses, étendues sur une grande partie de la face antérieure et postérieure de l'estomac ainsi que sur le duodénum et sur le grand épiploon. Tous ces organes étaient congestionnés et les voies biliaires entourées d'une gangue de péritonite plastique.

Avec M. Jean Villar, nous avons pensé qu'il était intéressant de mettre en parallèle ces deux formes de périgastro-duodénite graves après cholécystectomie. De cette façon nous avons pu nous apercevoir que ces deux aspects de la périveriscérite, entrevus du point de vue thérapeutique, se retrouvaient inchangés si on étudiait la pathogénie, la clinique et les clichés radiologiques de ces adhérences post-opératoires.

D'une part, c'est la périgastro-duodénite évoluant sans fièvre

vre, avec des troubles digestifs graves d'ordre réflexe ou mécanique, peu étendue aux organes voisins, si on en croit le cliché radiographique, et traitée favorablement par la méthode de dérivation intestinale.

Nous l'appellerons : périgastro-duodénite grave à forme bili-infectieuse chronique.

D'autre part, c'est la périgastro-duodénite de réaction au contact des voies biliaires et digestives infectées. Evoluant avec fièvre et se manifestant surtout par des phénomènes d'infection biliaire, elle présente en outre une symptomatologie gastrique et duodénale en rapport avec les adhérences. Quelquefois on note des signes de déficience hépatique et pancréatique. A l'examen radiographique, cette périviscérite présente une réaction péritonéale largement étendue à l'estomac et au duodénum. Dans cette forme, si la dérivation est quelquefois indiquée, le drainage médical ou chirurgical des voies biliaires est toujours nécessaire.

Nous l'appellerons la forme bili-infectieuse subaiguë.

Telles sont les deux formes que nous entrevoyons dans la périgastro-duodénite après cholécystectomie.

Nous exposerons ce travail de la façon suivante :

Après avoir donné un aperçu étiologique, et une statistique concernant la fréquence de cette affection post-opératoire, nous étudierons ce syndrome adhérentiel gastro-duodéal à quatre points de vue : pathogénique, clinique, radiologique et thérapeutique en montrant que les deux formes à envisager se retrouvent les mêmes sous n'importe quel angle de la question.

Pathogéniquement, deux formes : a) Forme bili-infectieuse chronique ? Ce sont ces périgastro-duodénites où l'adhérence est surtout facteur de tiraillements, de déformations, de strangulations en rapport avec les douleurs, les spasmes, les sténoses; b) Forme bili-infectieuse subaiguë; l'adhérence n'est que l'extension d'un processus infectieux plus marqué d'hépatocolédoco-pancréatique, véritable cause des troubles graves enregistrés.

Au point de vue clinique, certains cas où prédomine le syndrome digestif avec vomissements, douleurs, inanition, pourront entrer dans le cadre de la forme bili-infectieuse chronique. Dans d'autres cas, les signes d'infection sont au premier plan et la forme bili-infectieuse subaiguë se caractérisera par des douleurs, des vomissements cryptogénétiques et de la cachexie qu'accompagne une déficience plus ou moins marquée du foie et du pancréas.

Si nous envisageons enfin le traitement à appliquer, nous devons considérer deux modes thérapeutiques : une chirurgie de dérivation intestinale dans la première forme, un drainage intense et prolongé des voies biliaires en présence de la forme bili-infectieuse subaiguë.

N'oublions pas que l'état général du malade est gravement atteint et que les médications usuelles ont échoué. Bien loin de temporiser, il faut préciser le diagnostic et instituer un traitement médical ou chirurgical raisonné et vraiment efficace.

Tel est l'intérêt qui nous a soutenu au cours de ce travail. Nous remercions M. le Professeur Guyot de l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse, et lui exprimons toute la gratitude pour l'accueil paternel qu'il nous a toujours réservé dans son service.

Nous remercions aussi M. le Docteur Jean Villar qui nous a inspiré cette thèse. Nous n'oublierons pas ses conseils précieux et la bienveillance avec laquelle il nous les a toujours prodigués.

ETUDE ETIOLOGIQUE ET STATISTIQUE

ETIOLOGIE. — Les malades atteints de complications graves à la suite d'une cholécystectomie ont vu apparaître leurs troubles dix mois, un an, deux ans, trois ans, ou quelquefois même dix-huit ans après leur opération (Walzel). Mais, en général, c'est au bout de un à deux ans après l'ablation de la vésicule biliaire que surviennent des phénomènes inquiétants.

On a d'autre part observé (Hartmann et Petit-Dutaillis) que l'état grave qui survenait après l'excision vésiculaire était presque toujours en rapport avec une infection chronique du foie et des voies biliaires constatée au cours de la première intervention. C'est une péricholécystite chronique qu'on a opérée. « Il est à noter que c'est uniquement dans des opérations pour cholécystites chroniques que nous avons eu l'occasion d'observer de pareils résultats », disent Hartmann et Petit-Dutaillis (1). Ces auteurs en ont déduit qu'il y avait une relation de cause à effet entre les antécédents infectieux et les suites graves de la cholécystectomie. Nous remettons au chapitre de la pathogénie la discussion de ce point de vue.

Plus l'opération a été pénible, longue, plus l'hémostase a apporté de difficultés amenant nécessairement la mise de drain et de mèches et plus on a à craindre, en principe, l'effet néfaste des adhérences post-opératoires.

Quelquefois pendant l'opération on a été frappé par la présence d'un ulcus gastrique ou d'un ulcus duodénal qu'on ne soupçonnait pas et qui avait continué à évoluer après la cholécystectomie.

(1) *Journal de chirurgie*, 1922, t. 20, p. 133.

Il a été établi enfin que les malades qui présentaient un syndrome adhérentiel racontaient une histoire pouvant faire croire à des antécédents syphilitiques ou tuberculeux.

Telles sont les remarques qui se sont imposées aux chirurgiens réopérant pour un cas litigieux.

Mais cet état grave survient-il souvent après la cholécystectomie?

FRÉQUENCE (*Statistique*). — Korte, en 1909, établit que sur 76 cholécystectomies effectuées par lui, 2 seulement eurent des suites graves. Des adhérences gastro-duodénales furent contrôlées à la réintervention.

Kehr, en 1910, arriva à peu près aux mêmes résultats.

La statistique de Arnsperger, en 1912, compte 13,6 p. 100 réinterventions pour syndrome adhérentiel.

Graff et Weinert, employant la méthode des questionnaires au moyen desquels le médecin pose au malade une série de questions en relation avec son état, mentionne que sur 124 cholécystectomies avec ou sans drainage de la voie principale 9,7 p. 100 des opérés présentaient une périgastro-duodénite ayant nécessité un traitement chirurgical.

La statistique de Hartmann et de Petit-Dutaillis en 1922 a plus de valeur en ce sens que les cholécystectomisés furent examinés par les auteurs eux-mêmes et par les médecins particuliers des malades.

Sur 100 ectomisés, 3 ont eu des suites graves post-opératoires, mais deux seulement virent leurs accidents anatomopathologiquement attribués à des adhérences de l'estomac et du duodénum.

En 1926, Villard et Duclos (*Résultats éloignés et immédiats des interventions sur les voies biliaires*, Maloine, Paris, 1926) donne 8 p. 100 de syndromes adhérentiels graves après cholécystectomie.

Dans la même année, Walzel rapporte 4 interventions pour sténose pyloro-duodénale.

Sur 20 opérés par Robbiani, 1 seul cas a présenté un état grave après l'ablation de la vésicule biliaire. Réintervenant.

cet auteur a constaté que les troubles étaient imputables aux adhérences fixant l'estomac et le duodénum à la paroi et à la région opératoire. Cette observation est rapportée par nous sous le n° VII.

Dans la même année, en 1928, Petermann écrivait (*Archiv. Für klin. chirurg.*, 26 nov. 1928, tome CI. 111, F. 4, pp. 4-9) que 5 sur 540 cholécystectomisés durent être réopérés pour adhérences.

Enfin, en 1931, dans les *Annals of Surgery*, 1931, n° 93, p. 748, Russell Fowler enregistre 4,3 p. 100 des cas graves ayant subi une réintervention après cholécystectomie sans drainage, et 2,7 p. 100 seulement lorsque le drainage avait été établi. La périgastro-duodénite avait été mise en cause.

Debray, dans sa thèse (Paris, 1931), rapporte 1 cas grave de périviscéríte après ectomie.

Enfin au Congrès de la lithiase biliaire de Vichy, en 1932, le Professeur Wilkie, d'Edimbourg, dit n'avoir jamais enregistré de cas grave imputable aux adhérences.

En somme, ces constatations nous permettent d'établir que la périgastro-duodénite survient chez 1 à 2 p. 100 des malades cholécystectomisés, un à trois ans après l'ablation de la vésicule. Nous ne pouvons pas toutefois juger de la fréquence de l'une ou de l'autre forme de périgastro-duodénite, car les auteurs semblent ne pas les avoir distinguées.

Le cas que M. Jean Villar nous a fait connaître est le seul connu de lui.

PATHOGENIE

Nous exposerons d'abord les diverses idées pathogéniques qui ont été émises par les auteurs. Après avoir discuté, dans un second paragraphe, les multiples arguments qu'ils ont donnés, nous essayerons de rechercher la genèse des troubles dans chacune des deux formes que nous avons établies.

I. — EXPOSÉ DES ARGUMENTS PATHOGÉNIQUES.

Les adhérences après cholécystectomie ont été tour à tour imputées à l'acte opératoire, à la péricholécystite antérieure et à l'infection des voies biliaires digestives favorisée par un dysfonctionnement post-opératoire.

a) ORIGINE OPÉRATOIRE. — Après le traumatisme pur du péritoine, on a voulu voir dans le drain et dans les mèches la cause des adhérences. Graff et Weinert les accusent en même temps que leur abandon trop prolongé dans la plaie opératoire. D'après Davis (*Annals of Surgery*, 1928, n° 87), les adhérences sont proportionnelles à la grosseur du drain.

Et cependant Russel Fowler (*Annals of Surgery*, 1931, n° 93, p. 748) enregistra 4,5 p. 100 de symptômes graves après ectomie sans drainage et 2,7 p. 100 seulement après drainage. Debray (Thèse Paris, 1934) rapporte un cas de syndrome adhérentiel grave chez un cholécystectomisé qui n'avait pas été drainé.

Même avec une bonne péritonisation du lit vésiculaire, même avec une cholécystectomie sous séreuse minutieusement effectuée, on a des adhérences. Aussi Walzel arrive-t-il à la conclusion suivante : « Ni la technique employée, ni l'intervention, ni la gravité du cas ne peuvent être le point de départ de la formation d'adhérences. »

A leur tour Hartmann et Petit-Dutailis pensent que *la technique opératoire, péritonisation, drainage, etc., n'expliquent pas la production d'adhérences*, vu qu'ils font systématiquement la péritonisation, qu'ils drainent toujours avec un drain de caoutchouc, *-et qu'ils ont eu malgré ces précautions plusieurs cas de périoduodénites post-opératoires intenses.*

Actuellement, on tend à admettre que les adhérences après cholécystectomie sont plutôt d'origine infectieuse.

b) *Origine infectieuse.* — C'est l'infection des voies biliaires qui paraît être en cause :

1° *Infection des voies biliaires antérieure à l'opération.* — Hartmann, dans son livre *Chirurgie des voies biliaires*, déclare que les ectomisés dont les troubles étaient dus aux adhérences avaient à l'ablation de leur vésicule présenté de la périoduodénite. Ce qui fait supposer que les adhérences préexistaient.

2° *Infection consécutive à l'opération.* — Bien que les idées d'Hartmann soient presque toujours admises, des auteurs ont voulu pousser plus loin leurs recherches sur l'origine infectieuse des adhérences après cholécystectomie.

J.-V. Donnet incrimine l'absence de la vésicule (Congrès international de la lithiasé biliaire de Vichy, 1932). « Après cholécystectomie, les voies biliaires s'infectent; la putréfaction intestinale augmente; la virulence de la flore intestinale s'exalte. »

Cet auteur se base sur des données expérimentales chez l'animal et des constatations faites sur l'homme privé de sa vésicule.

Sur l'animal, les recherches anatomopathologiques ont été effectuées par Troitzky dans (*Odiesky medizinsky Journal* t. IV, n^{os} 3 et 4, 1929). Il lie, sur des chiens, le canal cystique le plus près possible de son abouchement dans le cholédoque et il enlève la vésicule biliaire. Après avoir sacrifié les chiens dans un laps de temps variant entre un mois et deux ans et demi, il conclut à la formation d'une hépatite et d'une périhépatite interstitielle. Cette conception fut reprise

et étendue à l'homme par M. Villaret et J. Besançon (*Nouveau traité de médecine*, Roger-Widal Tessier, t. 16, p. 1024). Ils pensent que cette périhépatite peut gagner de proche en proche le carrefour sous-hépatique et atteindre les organes avoisinants, duodénum, pylore, côlon, formant une véritable « dextrite ». Ils ajoutent : « ces lésions survivent même souvent à la cholécystectomie. Ainsi s'expliquent les douleurs et les troubles persistants rencontrés chez certains de ces opérés. »

Sur l'animal encore, mais au point de vue bactériologique, Balice réussit à montrer une plus grande réceptivité chez des lapins ectomisés. Cet auteur parvint à tuer en dix-huit heures, avec un quart de milligramme de culture de colibacilles, un lapin cholécystectomisé, alors que 4 milligrammes au minimum sont nécessaires pour tuer en dix heures un lapin pourvu de sa vésicule.

Après avoir confirmé ces expériences, Donnet attribue à la bile vésiculaire une action sédative sur la flore intestinale.

Des constatations faites sur l'homme par Bérard et Mallet Guy, il résulterait d'après ces auteurs que la « septicité des voies biliaires et digestives est liée à la viciation de l'excrétion biliaire ». Ils rapportent (Soc. de chir. de Lyon, 26 fév. 1931) 8 observations d'anciens opérés; le prélèvement duodénal avait donné au point de vue bactériologique une constance remarquable quelquefois abondante de colibacilles, alors qu'avant la cholécystectomie le même examen s'était montré négatif.

Dans une observation (Soc. chir. de Lyon, 12 mars 1931), ces mêmes auteurs montrent que le tubage duodénal améliore fortement les phénomènes d'infection biliaire chez un cholécystectomisé. Ils ajoutent qu'à mesure que le tubage duodénal est répété, la stase biliaire est de moins en moins intense. Il semble donc que ces chirurgiens attribuent à la *stase biliaire le phénomène de moindre résistance des voies biliaires et digestives* devant l'infection d'origine sanguine ou d'origine intestinale.

C'est ici que se place la genèse de la *stase biliaire* après cholécystectomie. Que ce soit par spasmodicité réflexe du sphincter d'Oddi à la suite d'une lésion du plexus nerveux de la vésicule, que ce soit par l'absence de la vésicule, réservoir élastique, régulateur de pression, il se produit dans les voies biliaires une hypertension. Ainsi s'expliquerait la dilatation des voies biliaires et la stase qui en résulte après cholécystectomie.

Ces données expérimentales et ces constatations empiriques nous amènent à penser avec Donnet, de New-York, qu'il y a infection des voies biliaires et digestives après l'ablation de la vésicule biliaire. On doit, d'après cet auteur, mettre en cause la stase biliaire et la moindre résistance du foie et de ses voies d'excrétions.

On s'explique dès lors fort bien que le péritoine réagisse sur les organes infectés, estomac, duodénum, côlon et parviennent ainsi à former des adhérences.

II. — APPRÉCIATION DES ARGUMENTS.

NOS CONCLUSIONS PATHOGÉNIQUES.

Nous mentionnerons brièvement la mise en cause quelque peu fréquente d'organes avoisinant le foie.

Les adhérences après la cholécystectomie peuvent avoir été produites par des organes éloignés, appendice, organes génitaux.

D'autres organes plus rapprochés du lieu opératoire peuvent être accusés de formation d'adhérences; l'estomac : cancer ou ulcère. Il est à noter que cette dernière éventualité a été souvent enregistrée (obs. IX). Duodénum : ulcère ou duodénite. L'ulcère a souvent échappé à l'examen lors de la cholécystectomie et ne se manifeste que plus tard par des signes nets cliniques et radiologiques. C'est cependant quelquefois une véritable découverte pendant la réintervention. Enfin la duodénite semble être quelquefois la cause des adhérences post-opératoires, si on en croit Judd et Nagel

(*Operation Annals of Surgery*, n° 3, p. 380, 1927). Elle constituerait, d'après d'après ces auteurs, la première étape de l'ulcère chronique.

Après ce rappel étiologique, nous apprécierons la valeur des arguments en faveur de l'infection des voies biliaires.

a) ACTE OPÉRATOIRE. — Nous n'adopterons pas la classification de Cerf et de P. Naully (*loc. cit.*) qui en pathologie générale individualisent deux pathogénies d'adhérences post-opératoires. La première met en cause le traumatisme pur et simple du péritoine. Nous ne la retenons pas, car on opère toujours sur une vésicule plus ou moins infectée. Il nous semble préférable de choisir la seconde pathogénie de ces auteurs : en agissant sur une vésicule apparemment saine, mais bactériologiquement atteinte, le péritoine peut fort bien s'ensemencer à la suite des manipulations qu'on lui fait subir pendant et après la cholécystectomie (drain, mèches). Ainsi s'expliquerait la formation d'adhérences après une opération particulièrement soignée : on était intervenu sur une vésicule infectée certes, mais sur laquelle le péritoine n'avait pas encore réagi.

b) PÉRICHOLÉCYSTITE ANTÉRIEURE A LA CHOLÉCYSTECTOMIE. — Nous sommes amené, par la force des faits, à attribuer à la péricholécystite antérieure la cause des adhérences. Dans ce cas, le processus d'infection chronique s'étendrait peu et se confinerait au champ opératoire; les adhérences qui en résulteraient seraient surtout des agents de tiraillements, de déformations, de sténoses. Il est légitime de leur attribuer un syndrome grave par les douleurs intenses et par les strictions qu'elles effectuent sur le tube digestif. Mais l'état d'infection chronique des voies biliaires n'est pas assez accentué pour obliger tout l'organisme à réagir (fièvre, sueurs, etc.).

Ainsi s'expliquerait pour nous la genèse des troubles dans la périgastroduodénite grave bili-infectieuse chronique.

c) INFECTION CONSÉCUTIVE A LA CHOLÉCYSTECTOMIE. — La virulence microbienne s'exalte au niveau des voies biliaires, l'organisme réagit (fièvre). Cet accroissement d'infection

peut survenir à la suite d'une maladie étrangère ou non à la pathologie biliaire et intestinale, nous ferions intervenir dans ce cas la stase biliaire. Facteur d'exaltation de la flore microbienne intestinale par le ralentissement de la traversée intestinale, elle peut créer une colibacillémie; facteur de moindre résistance hépatique et pancréatique, la stase biliaire permettrait aux bacilles contenus dans le sang, en particulier le colibacille, de se fixer au niveau de ces organes et de les infecter.

La surinfection serait réalisée et les adhérences qui résulteraient de cette infection subaiguë se propageraient par un processus d'adénolymphangite ⁽¹⁾. Ainsi s'expliquerait leur extension sur les organes de voisinage; en outre, ce processus motiverait la présence de ces adhérences rouges, congestionnées œdémateuses.

Dans ces cas infectieux, les troubles graves post-opératoires peuvent être attribués à l'agent adhérence comme pour la forme bili-infectieuse chronique, mais ils évoluent sur un fond d'infection subaiguë hépato-cholédoco-pancréatique extériorisée, en particulier, par de la fièvre.

Ce sont ces notions qui, à notre avis, devraient être appliquées à la pathogénie de la deuxième forme de périgastro-duodénite grave après cholécystectomie : la forme bili-infectieuse subaiguë.

Nous nous résumons en disant que le degré d'infection départage nos deux formes :

Infection chronique des voies biliaires insuffisamment marquée pour provoquer une réaction générale de l'organisme, infection subaiguë des voies biliaires contre laquelle toutes les forces de défense ont été mobilisées.

(1) Gosset et Petit-Dutaillis, *Les séquelles de la cholécystectomie*, Congrès intern. de la lithiase biliaire, Doin, Paris, 1932, p. 55.

ETUDE CLINIQUE

La définition clinique la plus juste, à notre avis, de la périspécrite a été donnée par Gutmann ⁽¹⁾ : « *Le syndrome périspécral tend de plus en plus à étouffer le caractère individuel de la maladie causale sous sa symptomatologie propre, toujours la même, la tendance à la soudure : Soudure des périodes de crises pendant l'année, soudure des crises dans la journée, me paraît être la caractéristique clinique essentielle de la périspécrite.* »

Mais il faut bien dire que parfois ce diagnostic est difficile, surtout après cholécystectomie.

Si dans certains cas on peut enregistrer des « soudures » entre les crises d'infection biliaires (obs. I), il est des malades dont l'histoire ne révèle que des douleurs de caractère inconstant, des vomissements atypiques, un mauvais état général. En somme, on en est présence de syndromes divers. Mais le plus souvent un seul prédomine : syndrome douloureux épigastrique, syndrome digestif ou syndrome infectieux.

Les deux premières éventualités peuvent se rencontrer dans l'une et l'autre forme que nous avons envisagées.

Cependant la forme bili-infectieuse subaiguë se distingue cliniquement de la forme chronique par une fièvre continue et certains détails que nous mentionnerons au cours de notre exposé clinique.

I. — SYNDROME DOULOUREUX PRÉDOMINANT (obs. II, V, VII, IX).

Les malades présentent des sensations très pénibles de tiraillements, de torsion, de barre transversale. Localisées

(1) *Loc. cit.*

dans la région épigastrique et dans l'hypocondre droit, elles sont parfois diffuses et le malade ne peut dire s'il souffre davantage en un endroit déterminé. Cependant des points précis sont indiqués par le malade comme étant le siège de la douleur maxima.

La région hépatique semble être très fréquemment la plus sensible. Les malades présentent en effet très souvent ce *type hépatique* de douleur.

La zone cholédocienne de Chauffard est quelquefois douloureuse (obs. I); elle est en général le siège d'une douleur en barre transversale et prend le *type pancréatique*. Elle serait, d'après certains auteurs, la conséquence d'une pancréatite chronique.

Le duodénum paraît souvent en cause. D'autres fois, sur l'aire gastrique, un point douloureux précis peut faire songer à un tiraillement localisé à une partie de l'estomac.

Les douleurs sont presque toujours irradiées et leur direction peut faire soupçonner l'organe atteint.

Les irradiations vers l'épaule droite et la base du thorax à droite accompagnent le plus souvent les douleurs de la région hépatique. Quelquefois une véritable colique hépatique survient avec vomissements, fièvre avec ou sans ictère. D'après certains auteurs, il faut voir dans cette douleur le signe d'une hypertension brusque dans les voies biliaires et non la manifestation d'une obstruction calculeuse. Robbiani (obs. VII) rapporte un cas d'une colique hépatique typique avec ictère par rétention. Elle était due à une pancréatite et non, comme on le pensait, à un calcul.

D'autres irradiations peuvent être enregistrées : la malade de l'observation IX présentait une douleur en barre dans la région épigastrique s'irradiant vers le dos et la région lombaire. Les douleurs à type pancréatique sont fréquemment observées et dénotent la plupart du temps une gêne de l'excrétion pancréatique.

Quelquefois les malades présentent des douleurs de tiraillement, localisées à l'épigastre avec irradiations de faible

étendue, par exemple dans la base du thorax à gauche (obs. I). Il nous est légitime de les rattacher à des excitations nerveuses en rapport avec les adhérences.

Parfois ces ectomisés présentent un déséquilibre nerveux. Ce sont de vrais neurasthéniques.

Mais le plus souvent prédomine le type hépatique et le type pancréatique de douleur, nous amenant à concevoir une origine infectieuse hépatique ou pancréatique ou une distension des voies d'excrétion de ces deux glandes digestives.

Le syndrome douloureux qui prédomine chez certains ectomisés peut revêtir un caractère grave. Non seulement leur existence est pénible, mais bien souvent devant les douleurs qu'ils ressentent au début de leur repas, ils interrompent définitivement la prise d'aliment. Tel est le cas d'une femme (obs. II) qui acquit un amaigrissement considérable par véritable inanition.

Parfois la faible quantité d'aliments ingérés est rendue aussitôt. C'est par réflexe gastrique hypersthénique que ces vomissements surviendraient.

Ce syndrome douloureux est donc parfois très grave par l'inanition consécutive et par la vie insupportable de ces malades, sujets à la neurasthénie.

II. — SYNDROME DIGESTIF PRÉDOMINANT.

Les douleurs passent au second plan, les symptômes gastriques ou duodénaux sont les signes les plus marqués.

a) STÉNOSE PYLORIQUE. — Au début survenaient des crises douloureuses peu intenses, peu fréquentes, apparaissant quatre à cinq heures après les repas. Dans l'intervalle, le malade accusait de la lenteur de digestion; des ballonnements après son dîner, une tendance à la narcolepsie, quelquefois de petits vomissements. Puis les crises se sont rapprochées, l'ectomisé a eu l'impression de tumeur à l'estomac (obs. IX) et bientôt des vomissements alimentaires ou bilieux surviennent, le malade reconnaît dans le liquide rejeté des

débris d'aliments ingérés quelques jours auparavant. Ces phénomènes s'accroissant, on a tout lieu de penser à une sténose pylorique qui, si elle n'est pas complète, ne saurait tarder.

b) STÉNOSE DUODÉNALE. — Quelquefois la tumeur perçue siège dans l'hypocondre droit et le malade accuse des nausées et des migraines alimentaires. A l'opération, il n'est pas rare de constater une sténose duodénale haute sous-vatérienne.

L'état général est grave, les malades sont amaigris, cet amaigrissement est peu influencé par l'alimentation. Une asthénie plus ou moins complète se manifeste, ce sont des malades toujours fatigués, peu enclins au travail intellectuel.

Aucun médicament gastrique n'apaise ces douleurs et le bicarbonate de soude en particulier ne donne aucun résultat; la morphine seule peut empêcher les malades de souffrir.

Certains malades font remarquer bien souvent que leurs douleurs s'atténuent s'ils sont couchés (obs. II). Cette position en effet supprime le tiraillement qu'exercent les adhérences sur un estomac alourdi par sa charge alimentaire.

L'estomac, par action réflexe, peut se débarrasser de son contenu.

c) INTOLÉRANCE GASTRIQUE. — Les vomissements, précoces, surviennent dans la demi-heure qui suit le repas. Pour certains auteurs, il se créerait une véritable hypersténie réflexe. Cette intolérance gastrique est quelquefois si absolue que l'on doit envisager une intervention chirurgicale pour mettre cet organe au repos.

Après cholécystectomie, il n'est pas rare de rencontrer ce syndrome bien souvent flou, mais grave par son intensité.

On devra mettre en œuvre toutes les méthodes de diagnostic : le tubage gastrique et la radiographie renseigneront les médecins sur la part qui revient à la sténose pylorique, à la sténose duodénale ou à une simple intolérance gastrique.

III. — SYNDROME INFECTIEUX PRÉDOMINANT.

L'observation I en est pour nous le type.

Cette malade présentait avant tout un état *subfébrile* entretenu.

La fièvre se maintint d'une façon presque continue jusqu'aux séances de tubages duodénaux. Elle ne dépassa jamais 38°1; par contre, elle ne descendit jamais au-dessous de 37°9. C'est le *type rémittent* décrit par Gilbert et Lereboullet dans les angiocholites lithiasiques.

Le teint était grisâtre, cependant la conjonctive dénotait un léger subictère : ce qui nous fait croire que les voies biliaires étaient intéressées.

Présentant une peau continuellement moite, la malade offrait tous les signes d'une cachexie avancée.

Sur ce fond d'infection évoluait un syndrome digestif non moins marquant avec douleurs et vomissements devenus incessants.

Ces vomissements étaient d'un type spécial et, de l'aveu de la malade, ne semblaient intéresser que la salade crue. Par contre, les légumes cuits étaient facilement digérés. Ces vomissements du type cryptogénétique ne seraient-ils pas en relation avec une déficience du foie ou du pancréas ? La question ne peut être tranchée, vu que les examens de laboratoire ont été négatifs (coefficient de Maillard 0,07).

Cependant on observe, d'après les auteurs, des déficiences hépatique et pancréatique liées à la viciation de l'excrétion de ces deux glandes digestives. Nous rapportons l'observation empruntée à Mallet-Guy, dans laquelle une déficience totale du pancréas fut notée. La malade présentait des douleurs épigastriques avec irradiations lombaires et fièvre. Mallet-Guy attribua ces phénomènes à une pancréatite, grâce à l'épreuve Kaltsch. Cette épreuve consiste à provoquer l'excrétion pancréatique par l'injection de 2 cc. d'éther au niveau de la muqueuse duodénale. Mallet-Guy a pensé que si l'on obligeait les voies pancréatiques à se vider on provo-

quait une douleur semblable à la douleur spontanée. On pouvait attribuer à un obstacle pancréatique la paternité des troubles.

La même méthode peut s'appliquer aux voies biliaires avec l'épreuve de Meltzer Lion.

*
* *

En résumé de cet exposé clinique, il ressort que la périgastro-duodénite est de diagnostic clinique difficile par la variété et la complexité de ses signes. Aussi l'examen aux rayons X doit-il toujours confirmer l'examen clinique.

D'autre part, cette périviscérite avec phénomènes alarmants tire sa gravité soit d'un syndrome douloureux intense, soit d'un syndrome digestif accentué, soit d'un état infectieux dont l'existence ne fait aucun doute.

Si enfin, pour la commodité de l'étude de la périgastro-duodénite grave après cholécystectomie nous avons adopté deux formes, il nous est possible cliniquement de les départager.

D'une part, la forme bili-infectieuse chronique évolue sans fièvre et peut présenter de la gravité par un syndrome subjectif intense ou par des phénomènes digestifs de sténose.

D'autre part, si la forme bili-infectieuse subaiguë peut alarmer l'entourage du malade par son état infectieux cachectisant, on ne doit pas lui refuser toujours sa participation aux douleurs et aux sténoses.

ETUDE RADIOLOGIQUE

Le diagnostic clinique de périviscérite ne serait-il que soupçonné, on doit toujours effectuer un examen radiologique en présence de troubles graves après cholécystectomie; syndrome douloureux intense, syndrome clinique de sténose.

Nous sommes amené à envisager tous les aspects radiologiques de l'image gastro-duodénale après la cholécystectomie; car, de l'avis même de Béchère⁽¹⁾ qui a approfondi la question au point de vue radiologique, il y a des malades ectomisés qui souffrent de douleurs atroces, et chez qui on trouve des déformations insignifiantes.

Nous passerons donc en revue les changements de position des organes (estomac, duodénum), les déformations et les images de sténose qui en résultent.

I. — CHANGEMENT DE POSITION.

a) ESTOMAC. — Béchère ne mentionne pas de changements de position de l'estomac après cholécystectomie. Il les rattache à juste titre aux déplacements du duodénum.

b) DUODÉNUM. — Pour des raisons anatomiques, seul le bulbe peut prendre une position anormale. Rappelons que le bulbe normal, d'une façon générale, se projette de face, en station verticale, dans l'axe de la colonne vertébrale : de profit son axe coïncide avec l'axe de l'estomac. Béchère a décrit quatre positions anormales du bulbe.

De face, la dextroposition ou la sinistroposition, c'est-à-dire situation à droite ou à gauche de l'emplacement normal

(1) Béchère, *Radio-diagnostic des séquelles de la cholécystectomie*, Congrès intern. de la lithiase biliaire de Vichy, Doin, Paris, 1932, p. 121-126.

du bulbe. La dextroposition serait la plus fréquente, semblant prouver que le bulbe duodénal est presque toujours attiré vers le foie. Gütman (2) ajoute que cette position anormale peut s'accompagner soit d'étirement du bulbe soit d'attirement bulbo-pylorique vers le haut.

De profil, on peut noter l'antéposition ou la rétroposition bulbaire suivant que l'axe du bulbe se trouve en avant ou en arrière de l'axe de l'estomac. D'après Béclère, la rétroposition serait la règle après cholécystectomie.

En dehors des changements de position des organes, on peut enregistrer leur déformation : déformation de leur axe, déformation de leurs parois.

II. — DÉFORMATIONS.

a) SANS GÊNE MARQUÉ DU TRANSIT INTESTINAL :

1° *Estomac*. — D'après Robbiani (1), l'estomac et l'antrum pylorique paraissent être souvent entraînés vers la droite par le bulbe duodénal fixé sous le foie. Le pyllore est quelquefois décentré par rapport à l'axe du bulbe.

Quant aux déformations de ses parois, elles peuvent être très variées et plus ou moins accentuées. Un spasme localisé de la grande courbure avec image diverticulaire de la petite courbure fut trouvé en rapport avec une bride adhérentielle à la petite courbure (Gutmann).

Quelquefois ce sont des hérissements, ou au contraire des grignotements en « dent de souris ». L'image radiographique est quelquefois peu nette, elle donne l'impression que les rayons X sont passés à travers une lame mince de bouillie barytée. L'estomac, étouffé par les adhérences, s'est aplati; une pareille radiographie fut enregistrée chez notre malade de l'observation I.

2° *Duodénum*. — Le bulbe est presque toujours le segment

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

le plus intéressé. Il présente des déformations soit en dentelures soit en flammèches plus ou moins accusées. Ce sont ces déformations pariétales si diverses que Gutmann, Calderon et Jahiel (2) ont baptisées du nom de « bulbe crénelé, festonné, empenné ». Mais jamais après cholécystectomie on ne voit le bulbe normal avec sa forme en « bonnet phrygien » ou « en chapeau de gendarme », à base inférieure (Röbbiani).

Dans ses segments plus inférieurs, le duodénum peut présenter des images de coudure, de plicature en baïonnette avec dilatation sus-jacente. Une image fréquente après cholécystectomie est la forme en « guillemet » de la deuxième portion du duodénum (Garcia Calderon) : cette déformation peut produire quelquefois une gêne à la progression de la bouillie opaque.

Dans les déformations sus-envisagées, on ne note pas une gêne marquée au passage de la bouillie barytée. Il est plus fréquent de constater des déformations si accentuées que le repas opaque semble avoir de la peine à progresser. On note alors une dilatation du segment sus-jacent, ainsi que des mouvements antipéristaltiques intenses avec mouvement de brassage.

b) AVEC GÊNE DU TRANSIT INTESTINAL (STÉNOSES) :

1° *Pylore*. — Le spasme ou la sténose du pylore après cholécystectomie présente l'aspect classique. Il n'y a rien de particulier à signaler. Notons toutefois qu'aucun auteur n'a enregistré de sténose pylorique complète après cholécystectomie.

2° *Duodénum*. — Radiologiquement, on aperçoit des mouvements hyper et antipéristaltiques ainsi que des dilatations susjacentes. Au bulbe duodénal peut être localisé l'obstacle difficile à franchir. On pourra observer l'image d'une dextroposition avec étirement du bulbe par exemple.

(2) *Loc. cit.*

Le bulbe par ces déformations peut être encore la cause d'accrochage de gaz et de gêne à l'évacuation. Il peut y avoir alors sténose bulbaire plus ou moins accentuée.

Par suite de la gêne au genu superius, on remarque parfois une véritable bascule du bulbe avec distension anormale et aspect d'image diverticulaire classique.

Béclère, Duval et Roux ont mentionné dans leurs travaux une déformation assez fréquente. C'est l'image du bulbe en « épuisette » qui s'accompagne en général de violents mouvements de reptation : « Bulbe amiboïde » (Gutmann).

Au niveau de la deuxième et de la troisième portion du duodénum, on a souvent été frappé par la dilatation de D 2 et la stagnation de la bouillie barytée à cet endroit.

L'image classique de la feuille de fougère disparaît et l'on assiste à de violents mouvements de brassage. Cette dilatation serait en rapport avec de la péri-duodénite sus et sous-mésocolique. L'angulation en « guillemet » de la deuxième portion du duodénum peut s'accompagner d'une dilatation du segment supérieur de D 2. Le calibre de la deuxième portion présente dans certains cas des renflements à des endroits et des rétrécissements en d'autres points. Béclère a même rencontré des renflements anormaux donnant l'impression d'images diverticulaires avec accrochage tenace de gaz.

Mentionnons aussi que dans la périgastro-duodénite après cholécystectomie, il peut s'établir une sténose plus ou moins serrée du côlon, sténose décelable après introduction d'un lavement baryté.

Toutes ces déformations que nous venons de passer en revue sont plus ou moins douloureuses à la palpation sous écran.

Elle réveille bien souvent le syndrome douloureux avec les irradiations que les malades avaient accusées spontanément.

Aussi peut-on réaliser une parfaite localisation du tiraillement ou de la dilatation douloureuse.

Si tous les auteurs ont vu après cholécystectomie des déformations nettes, des sténoses plus ou moins serrées, aucun

d'eux n'a enregistré des déformations de la grande courbure de l'estomac, aussi étendues que chez notre malade (obs. I). Ne trouvant d'autre part dans leurs écrits, aucune trace d'adhérences ayant évolué avec fièvre, ne pourrions-nous pas penser que dans la forme bili-infectieuse subaiguë la périgastro-duodénite est plus envahissante que dans la forme chronique? C'est, à notre avis, la conclusion à tirer de nos constatations radiologiques.

TRAITEMENT

Le traitement préventif et curatif découlera de nos idées pathogéniques sur la périviscérite grave après cholécystectomie. Nous allons envisager comment on peut réduire, à notre avis, les chances de production d'adhérences après l'ablation de la vésicule.

I. — TRAITEMENT PRÉVENTIF.

a) ACTE OPÉRATOIRE. — Si on admet que la bonne péritonisation, le drainage par drain et mèche, entrent en ligne de compte dans la formation d'adhérences, la cholécystectomie sous séreuse paraît être une excellente opération. L'interposition épiploïque entre le foie et le duodénum peut également diminuer le nombre des coalescences péritonéales.

Il faut avouer cependant que ces précautions n'ont pas toujours évité la formation d'adhérences.

On opère en général sur des vésicules avec péricholécystite. L'emploi du drain et des mèches devient alors nécessaire en prévision d'accidents immédiats.

Hartmann et Petit-Dutaillis rejettent l'emploi des mèches et conservent le drain : *petit drain enlevé le quatrième ou cinquième jour.*

La cholécystectomie sous séreuse sans drainage serait, d'après Debray, l'opération idéale. Mais elle ne peut être effectuée que dans des conditions de stricte asepsie et sur des vésicules sans péricholécystite. De pareilles indications opératoires se posent bien rarement.

En prévision d'ulcère gastrique ou duodénal, l'exploration minutieuse des organes voisins s'impose, même dans les cas en apparence les plus simples.

b) INFECTION DES VOIES BILIAIRES. — Il ne faut pas oublier que la genèse des adhérences semble être attribuable à l'infection des voies biliaires et digestives. Le drainage biliaire en supprimant la *stase* est le seul moyen thérapeutique capable de faire régresser l'infection.

Aussi est-il à conseiller, après une cholécystectomie, l'emploi des cholagogues pendant une longue durée. Dans cet ordre d'idées, la cure à Vichy est suivie de très bons résultats.

Quelques auteurs conseillent un drainage plus actif des voies biliaires, drainage contrôlable sous la vue : le tubage duodénal. En effet, la rééducation du sphincter d'Oddi ou la simple chasse biliaire nous semble, avec Bernard et Mallet-Guy, le meilleur moyen de supprimer le facteur principal d'infection, la stase biliaire.

c) DÉFICIENCE D'ORGANES. — Certains ectomisés, nous l'avons dit, accusent des troubles en rapport net avec une diminution fonctionnelle du foie et du pancréas, aussi doit-on instituer avec l'opothérapie un régime en rapport avec les troubles hépatiques ou pancréatiques. (G. Giraud, Congrès intern. de la lithiase biliaire, Vichy, Doin, Paris, 1932).

Ce traitement préventif n'a pas écarté bien souvent le danger des adhérences. L'état général grave, qui parfois en résulte, oblige le chirurgien à envisager une thérapeutique médicale forte, voire une intervention chirurgicale.

II. — TRAITEMENT CURATIF.

La périviscérite grave après cholécystectomie évolue-t-elle ou non sur un fond d'infection marquée ? Telle est la question à nous poser, si nous nous en tenons aux deux formes de périgastro-duodénite.

Il y aura lieu de considérer un traitement applicable aux adhérences en général. L'état infectieux bénéficiera surtout d'une thérapeutique médicale ou chirurgicale de drainage des voies biliaires.

et d'expliquer les conditions qui caractérisent les langues vivantes ?

1) *Théorie générale de la langue et de l'écriture*. — La théorie générale de la langue et de l'écriture, mais ses effets ne sont que passagers.

L'histoire de l'éducation rendra peut-être une vigoureuse aide à la doctrine. Tout récemment l'usage des langues mortes a été appliqué contre les déviations. Le temps même qui s'écoulera dans l'enseignement des langues mortes sera consacré à l'étude de la langue maternelle. L'usage de l'écriture et de l'alphabétisation des *indigènes*.

Ces améliorations ne doivent pas à l'avenir être refaites dans l'enseignement des langues mortes, mais nous devons les faire. La doctrine, qui agit, nous permet d'atteindre directement l'indigence.

2) *Théorie générale de la langue et de l'écriture*. — Nous avons vu que les langues mortes (VII et VIII) ne sont pas sujettes à déviation. Mais la théorie générale peut avoir certaines indications, par exemple, dans le cas d'une déviation, nous ne devons pas la négliger.

Quand apparaît une déviation, on doit savoir d'abord ce qu'elle est, la déviation et l'écriture sont une grande partie de l'écriture. La déviation est la déviation, mais nous devons la déviation, mais nous devons la déviation, mais nous devons la déviation, mais nous devons la déviation.

C'est pourquoi, lorsque la déviation apparaît, nous devons la déviation, mais nous devons la déviation, mais nous devons la déviation, mais nous devons la déviation, mais nous devons la déviation, mais nous devons la déviation.

L'écriture générale, comme les langues mortes, est la déviation.

L'écriture générale, comme les langues mortes, est la déviation, mais nous devons la déviation, mais nous devons la déviation, mais nous devons la déviation, mais nous devons la déviation, mais nous devons la déviation.

b) Par une incision en arqué, faite au-dessous de l'ombilic.

La suppression de la vésicule biliaire est l'effet à poursuivre. Un drainage externe des voies biliaires nous paraît être le seul moyen de faire disparaître l'ictère par cholestase paracélique.

1° *Le drainage duodénal*. — Péniblement obtenu, il faut rompre la fibre du 1^{er} et soulever les duodénaux qu'on dégage au crochet (de Hérissey) (1). Cette vésicule biliaire, soulevée par le 1^{er} et se déversant par une entaille chirurgicale, semble réaliser la dérivation de l'icterction.

Toutefois, si on soupçonne une paracélie, et on est en présence d'une cholestase inexpliquée de drainage par le drainage duodénal, une intervention chirurgicale peut paraître indiquée.

On peut soupçonner une dérivation biliaire interne par anastomose bilio-entérique, ou une dérivation biliaire externe par hépato-entérome ou cholesté-entérome.

2° Drainage chirurgical des voies biliaires :

a) *Dérivation biliaire externe*. — Par incision d'ombilic à l'épiphane biliaire ou paracélique, une cholesté-entérostomie peut être appliquée, mais elle est actuellement rejetée par les chirurgiens. Plus logique est la cholesté-entérodé-entérome, qui donne d'excellents résultats à Dupuyré (2).

Jourdain la considère comme l'opération de choix dans le drainage des voies biliaires. Cependant, en vertu des adhérences accrues, cette opération est difficile et peut amener des fistules intérieurement.

Aussi préférons-nous la dérivation biliaire externe, qui est plus facile à établir.

(1) *Lyon chirurgical*, sept-oct. 1924.

(2) *Revue de chirurgie de Paris*, 1905, 1^{er} sem., p. 100.

(3) *Auraz, Journ. de chirurgie*, 1922, n° 22, p. 265.

β. Dérivation biliaire externe. — Elle a en outre l'avantage d'établir le drainage sous la vue et au gré du chirurgien.

Cette méthode consiste à placer un drain dans le canal hépatique ou dans le cholédoque; le drain est fixé à la bouche du cholédoque et à la peau de l'incision avec une petite soie. Le drain est laissé en place quinze à vingt-cinq jours suivant le degré d'infection. On fait une aspiration continue nuit et jour. Le drain est enlevé le quinze ou le vingt-cinquième jour, mais il est bon, à ce moment, d'assurer l'évacuation de la bile, au cas où la cicatrice du cholédoque viendrait à se rouvrir. (Gosset.) (2).

Notons toutefois qu'il y a intérêt à placer le drain sur la partie dilatée de la voie biliaire. Aussi devant la gangue de péricholédocite, le chirurgien sera-t-il autorisé à pratiquer une hépaticotomie. Il en résultera ce que l'on appelle le drainage de la voie haute.

Ces dernières interventions chirurgicales (cholédocotomie, hépaticotomie) doivent être considérées comme des opérations de dernier ressort. En dehors des conditions générales de toute opération chirurgicale, leurs indications pourraient se formuler ainsi : insuffisance du drainage biliaire par tubage duodénal, persistance de l'état infectieux.

En tout cas, justifiées par des données pathogéniques, ces opérations de dérivation externe les plus bénignes, peut-être les plus efficaces, réservent l'avenir.

(2) Gosset, *Presse médicale*, 18 avril 1928, p. 497.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT
et de M. le Docteur J. VILLAR).

P... (Claire), 35 ans. Cholécystectomisée le 4 avril 1929, entre le 19 octobre 1931, un an et sept mois après son éctomie, pour douleurs dans l'hypochondre droit avec vomissements.

Antécédents. — A l'âge de 5 ans, la malade a perdu la vue de l'œil droit. Dans l'enfance, elle avoue une diphtérie et une congestion pulmonaire.

Trois grossesses : première en 1915, enfant né à terme mais mort; deuxième, fausse couche à trois mois; troisième, enfant mort à sept mois (infection?).

En 1919, phlegmon de l'orbite gauche opérée par le Professeur Lagrange : Enucléation du globe oculaire.

En 1922, appendicectomie. En 1923, hystérectomie subtotale pour annexite. En 1924, poussée de méningite, traitée par ponctions lombaires, ayant régressé au bout de neuf jours. — En 1925, hémoptisie moyenne. — Pleurésie à la base droite. L'interrogatoire dirigé vers des accidents syphilitiques est négatif.

Cholécystectomie le 4 avril 1929 pour lithiasé vésiculaire (Docteur Jean Villar, assistant du Professeur Guyot à l'Hôpital Boursier). Cholécystectomie rétrograde sur une vésicule biliaire bourrée de 85 calculs sans péricholécystite. Un petit drain et une mèche ont assuré le drainage. Ablation de la mèche le septième jour. Ablation du drain le neuvième jour. Suites opératoires excellentes. Exeat le 1^{er} août 1929.

Histoire de la maladie. — Depuis juin 1930, onze mois après sa cholécystectomie, la malade ressentit des douleurs survenant par

crises. Ces douleurs sont localisées à l'hypochondre droit et à la région pancréatico-cholédocienne, avec irradiations dans l'épaule droite et dans le dos. Elles sont accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux. Durée des crises : deux heures tous les jours. Cet état dure un mois, puis tout revient dans l'ordre.

En septembre 1931, la malade éprouve des douleurs à caractère constrictif et s'irradiant vers l'hémithorax droit ainsi que vers le point scapulo-apetien droit. En outre, elle a présenté des vomissements alimentaires, bilieux et même sanglants. La crise fut suivie d'un ictère qui dura deux à trois jours.

A huit jours d'intervalle, se déclarent deux autres crises semblables mais plus longues. Vomissements caractérisés par l'expulsion de légumes crus. Les légumes cuits sont bien digérés. Dans l'intervalle des crises, douleurs continues dans l'hypochondre droit s'irradiant vers les épaules et le dos; l'appétit disparaît. La température oscille entre 37°5 le matin, 38°1 le soir. Après une crise douloureuse paroxystique survenue le 27 octobre 1931, la malade rentre à l'Hôpital Boursier dans le service du Professeur Guyot.

Examen. — Malade très fatiguée, amaigrie, avec teint grisâtre. Ventre souple. On ne sent point de tumeur. A gauche, la palpation est négative. A droite, on note un point douloureux très net au niveau de la zone cholédocienne de Chauffard avec irradiations très douloureuse vers le dos. Toute la région de l'hypochondre droit est douloureuse. Pas de contracture. La palpation du rein droit et du point urétral moyen est sensible. A la percussion, sonorité perceptible. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. La rate est percutable.

T. A. Mx, 12; Mn, 7; I, 1,5. Température, 37°9. Pouls, 78.

Urines : pas de pigments biliaires; sucre = 0, alb. = 0. Pas de colibacille. Sang : urée sanguine, 0,45 p. 1000; cholestérol, 1 gr. 70 p. 1000 B.-W. négatif. Recherche du B. K. dans les crachats, négative. Coefficient de Maillard = 0,07. Temps de saignement, deux minutes et demie. Temps de coagulation, 11 minutes. La formule leucocytaire donne un pourcentage de polynutrophiles plus grand qu'à l'état normal.

La radiographie montre une périgastrite intense.

On institue un traitement antiseptique (septicémine intraveineuse, abcès de fixation), un traitement antisypilitique (CyHg) motivé par les antécédents douteux (cécité, grossesses anormales), ne donnent aucun résultat. Malgré cette thérapeutique, la malade subit le 24 novembre une crise analogue aux précédentes. La température se maintient aux environs de 38 degrés. La cachexie s'accroît, on décide de réintervenir.

Réintervention le 18 janvier 1932 par le Docteur Jean Villar, Hôpital Boursier. Ether Ombredanne. Laparotomie médiane. Estomac rouge et œdémateux dans toute sa portion droite. L'épiploon est fixé à la paroi dans toute la région sous-mésocolique au-dessous du pédicule hépatique. La région sous-hépatique est libre. On peut explorer assez facilement un cholédoque induré. L'estomac est souple, ne présente aucune induration pouvant faire songer à un ulcère. Après relèvement du côlon transverse, on constate en arrière une périgastrite beaucoup plus marquée qu'à la face antérieure. Elle symphyse toute la moitié droite et postérieure de l'estomac. On attire péniblement l'estomac; le plus à droite et le plus déclive possible, on pratique une gastro-entérostomie postérieure en deux plans (gastergut et fil de lin)... A noter l'extrême vascularisation de l'estomac et l'intégrité du moins macroscopique du pancréas. Fermeture de la paroi en trois plans.

Guérison *per primam*. Les vomissements sont supprimés immédiatement.

En mars 1932, exeat, très soulagée.

Troisième hospitalisation, mai 1932, quatre mois après la G. E., ne pouvant suivre le régime (asile de Terre-Nègre), la malade revient avec une crise d'hépatite mais sans participation gastrique. Fièvre, 38°3. Teint grisâtre. Douleur à l'hypochondre droit. Une radiographie montre que la rétraction de l'estomac a entraîné la bouche haut vers la gauche. Toute la bouillie barytée passe par la stomie, rien par le pylore.

On institue un régime sévère et on fait plusieurs séries de tubages duodénaux. La malade est fortement améliorée et sort de l'hôpital quinze jours après.

En août 1932, la malade subit à nouveau une série de tubages duodénaux. L'état général est actuellement satisfaisant.

En décembre 1932 (12 déc.), la malade revient à la consultation à l'Hôpital A. Boursier : elle a bien meilleur aspect, et quoique souffrant toujours elle a engraisé et a un état général bien meilleur : teint clair, augmentation de poids très appréciable : ventre souple.

OBSERVATION II (Résumée).

(PETIT-DUTAILLIS, Thèse Paris, 1922, t. XXX, p. 198.)

*Adhérences hépato-duodéno-coliques deux ans et demi
après cholécystectomie : gastro-entérostomie.*

Femme, 47 ans, 9 janv. 1919, cholécystectomie rétrograde. Vésicule adhérente au voisinage du bassin. Ablation du drain le 11 janvier. Evacuation d'une collection pariétale le 25 janvier. Le 21 juillet 1921, la malade se plaint d'avoir perdu ses forces, d'être fatiguée et de présenter souvent un état quelque peu nauséux; brûlures d'estomac survenant sans horaire fixe, tantôt avant les repas, tantôt après, avec douleurs dans l'hypochondre droit s'irradiant vers la région inter-scapulo-vértébrale droite. Elle ne digère bien que les légumes cuits. L'examen radioscopique le même jour, 21 juillet 1921, montre un estomac en J aux parois régulières et souples, un bulbe duodénal normal : l'évacuation se fait normalement. Revue le 26 novembre 1921, la malade souffre davantage depuis un mois : au niveau de la partie moyenne de la cicatrice, elle ressent une douleur continue, sous forme de tiraillement avec irradiations à l'épigastre, à l'ombilic, à la base droite du thorax, entre les deux épaules et dans le dos.

Cette douleur survient tantôt dès les premières bouchées et l'oblige à interrompre son repas, tantôt quatre à cinq heures après la prise d'aliments. Douleur exagérée par la station debout, soulagée dans le décubitus dorsal. L'ingestion de bicarbonate de soude ne calme pas la douleur.

Pas de vomissement, pas d'hématémèse, pas de méléna. A l'examen du ventre, on sent à la partie moyenne de la cicatrice légèrement rétractée une masse cylindrique dure qui paraît re-

monter sous le rebord costal : cette masse se continue vers la ligne médiane dans une zone d'empâtement profond. Cette masse est douloureuse à la pression.

A l'insufflation rectale du côlon, l'examen radiologique montre, au niveau de la région vésiculaire, un bord irrégulier et plusieurs petites saillies arrondies correspondant aux noyaux indurés perceptibles à la palpation et douloureux à la pression.

Après le repas baryté, on constate que le bulbe duodénal projette son ombre au niveau même de ces noyaux. On ne peut le dissocier de l'ombre de ces derniers; l'angle supérieur du duodénum est indissociable de l'ombre hépatique. Le pylore semble de contours irréguliers. Quatre heures après l'ingestion de la bouillie, on retrouve la valeur d'une orange dans l'estomac. Le retard marqué à l'évacuation pylorique indique un certain degré de sténose au niveau de l'angle supérieur du duodénum.

Réintervention le 19 décembre 1921, deux ans et demi après la cholécystectomie. Incision médiane partant de l'appendice xyphoïde et suivant la direction de l'ancienne cicatrice. A l'exploration au doigt on constate des adhérences intimes de la région pyloro-duodénale au foie et à la paroi. On fait une gastro-entérostomie postérieure. La malade sort le 6 janvier se déclarant entièrement soulagée.

OBSERVATION III (Résumée).

(FAVRE, thèse Paris, 1929, t. XVI, p. 227.)

Adhérences et sténose après cholécystectomie.

R... (Berthe), infirmière, a été opérée d'appendicectomie en 1919, de cholécystectomie en 1920.

Des crises douloureuses ont apparû un an après sa cholécystectomie, sont devenues continues, accompagnées d'un amaigrissement considérable.

L'examen clinique montre du clapotage à jeun et la radio décèle une difficulté d'évacuation pylorique.

Opération le 4 juillet 1922, deux ans après la cholécystectomie.

Laparotomie médiane sus-ombilicale; une bride relie la région pylorique à la paroi. Toute la première portion du duodénum est adhérente à l'ancien lit de la vésicule. La libération des adhérences rend au duodénum sa mobilité jusqu'à la deuxième portion. Gastro-entérostomie post-transmésocolique au fil de lin.

Sortie le 20 août. Santé actuellement parfaite.

OBSERVATION IV (Résumée).

(BAUER, A. CHINASSI HAKKI, *Revue de chirurgie*, 1931, p. 119.)

Périgastro-duodénite sténosante.

D... (Madeleine), 59 ans. Opérée à chaud de cholécystectomie le 30 septembre 1925. Vésicule énorme, séreuse, présentant de l'œdème, œdème de la région pancréatique. Cholécystectomie rétrograde. Ligature du cystique. Drain et mèches au contact. Suites opératoires très simples. La malade, guérie, quitte le service le vingt-cinquième jour.

Deux ans plus tard, la malade est prise de vomissements incoercibles.

Réintervention : laparotomie sus-ombilicale. Estomac adhérent à la paroi abdominale. Le côlon est distendu par les gaz, le grêle est vide et le duodénum est plaqué contre la face inférieure du foie où il adhère intimement. Les vomissements doivent être dus à cette adhérence. Gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay. Exit dix-huit jours plus tard complètement guérie.

OBSERVATION V (Résumée).

(WALZEL, Zür fragè der Sogenannten Gullenblasenregenerationem nach cholecystektomie, dans *Archiv. für Klinische Chirurgie*, t. CXV, p. 1000, 1921.)

K... (Juliane), 58 ans, opérée de cholécystectomie le 13 décembre 1902. Péricholécystite intense réunissant la face inférieure du foie à la première portion du duodénum. Vésicule bourrée de

calculs; un calcul est perceptible dans le canal cystique : on le repousse dans la vésicule. Cholécystectomie rétrograde, drainage par mèches iodoformées. Evolution sans fièvre. Exeat quinze jours après l'opération.

Dix-huit ans après la cholécystectomie, elle est réhospitalisée pour vomissements répétés après les repas.

Elle accuse une douleur spontanée partant de l'épigastre et s'irradiant vers la base du thorax et dans le dos. Une cure à Karlsbad n'avait pas amélioré cet état qui dure depuis ces dernières années. Dernière crise très forte : 20 février 1920.

Examen. — La région sus-ombilicale est souple, la région vésiculaire l'est moins. Urines : 0. Repas d'épreuve : 0. Acidité totale : 17. Recherche du sang dans les selles : négative.

Radio : Estomac fortement allongé transversalement. Il reste du liquide opaque quatre heures après son ingestion. Bulbe duodénal fortement déjeté à droite et douloureux à la pression.

Réintervention le 23 février 1920. Adhérences unissant le lit de la vésicule à la paroi abdominale et au duodénum, qui est attiré vers le hile du foie. Le pylore et les premiers centimètres du duodénum sont mobilisables. Estomac dilaté, mais sans modifications pathologiques. On sectionne les adhérences, apparaît une néo-vésicule reliée au cholédoque par un conduit de 3 centimètres de long, gros comme une plume d'oie. On enlève cette nouvelle vésicule et on fait une gastro-entérostomie classique; une mèche est placée à l'endroit où la néo-vésicule a été extirpée.

Evolution normale. Exeat le 19 mars 1920 en excellente santé. Cinq jours après sa sortie, la malade meurt d'une embolie pulmonaire, diagnostic révélé par l'autopsie.

OBSERVATION VI (Résumée).

(VONCKEN, rapportée par M. CADENAT, séance de la Société nationale de chirurgie belge, 9 mars 1927.)

Femme, 45 ans, cholécystectomisée pour lithiasé biliaire. Exploration du canal et du cholédoque : néant. Drainage de l'hépatique, mèches sous le foie. Evolution normale. Drain enlevé le quarante-

huitième jour; la fistule est fermée au bout d'un mois; la malade paraît guérie. Mais un mois et demi après l'opération, crise douloureuse avec vomissements qui se termine vingt-quatre heures après par la réouverture de la fistule. Les crises se répétant, on réintervient quatre mois après la première opération.

Deuxième opération : Laparotomie médiane. Au niveau du carrefour hépatique, on voit à l'origine de la fistule une bride tendue sur la deuxième portion du duodénum qu'elle écrase. Le canal cholédoque et le canal hépatique sont coudés. La première portion du duodénum est nettement dilatée au-dessus de la bride. On sectionne la bride, on traite la fistule. Guérison *per primam*, qui s'est maintenue.

OBSERVATION VII (Résumée).

(ROBBIANI, *Boletín del Instituto de clinica quirurgica*,
Buenos-Ayres, 10 nov. 1928, p. 225.)

P... (C.), femme de 31 ans, opérée de cholécystectomie le 10 septembre 1924. Mèches et drain en caoutchouc.

Pendant un an santé parfaite, vient consulter le 16 mars 1927 parce que son poids aurait baissé de 22 kilos. Elle n'a suivi aucun régime. Elle se plaint de douleurs épigastriques qui ont été précédées de lenteur de la digestion, pesanteur après les repas avec éructations. Depuis cinq mois, c'est-à-dire deux ans et demi après sa première opération, ses douleurs sont devenues à peu près continues. Elles siègent dans la région hépatique, épigastrique et dans la partie postérieure du thorax gauche. Leur intensité s'est accrue au point que la malade ne s'alimente plus. L'état général est considérablement affaibli. Constipation opiniâtre. Les douleurs continues sont entrecoupées de véritables accès de colique hépatique avec ictère et décoloration des matières fécales.

A l'examen du 16 mars 1927, on note un teint subictérique généralisé chronique. Lésions de grattage aux pieds. Ventre souple, la partie supérieure de la cicatrice qui a livré passage au drain et aux mèches est adhérente au plan profond, déprimée et dou-

douloureuse au palper. On note une douleur provoquée à la palpation de la zone pancréatico-cholédocienne, de la région sous-hépatique et de la région épigastrique. Ces deux dernières régions sont franchement douloureuses.

Deuxième opération le 7 avril 1927. Laparotomie paramédiane, nombreuses adhérences de la fosse vésiculaire. Le duodénum est couvert d'adhérences. Il est fixé à la partie postérieure du lit de vésicule en haut et en arrière. On détruit les adhérences du duodénum qui sont très denses; l'exploration des voies biliaires ne révèle aucun calcul. On ferme sans drainage.

Récidives : Cinq mois après la libération des adhérences, les douleurs sont réapparues. Douleurs spontanées dans la région hépatique et à l'épigastre sans irradiations nettes. Ces douleurs sont intermittentes et surviennent spécialement après les repas. Elles sont suivies de nausées, de sensation de pesanteur et de plénitude de l'estomac. Les digestions sont laborieuses bien que la malade suive un régime. Elle va à la selle tantôt spontanément tantôt avec des laxatifs. Léger subictère de la conjonctive. Traitement : diathermie, régime sévère. Vue le 28 septembre 1927, la malade a maigri davantage malgré le traitement sévère prescrit et suivi. On entrevoit actuellement pour elle une opération de dérivation : la gastro-entérostomie.

OBSERVATION VIII (Résumée).

(VONCKEN, *loc. cit.*)

S..., opérée en octobre 1924. Cholécystectomie pour péricholécystite. Drain et mèches enlevées le troisième jour. Guérison *per primam*. Six mois après, l'intéressée commence à se plaindre de troubles digestifs : inappétence, constipation, vomissements. L'examen du ventre ne révèle aucun signe pathologique, sauf un point douloureux dans la région iléo-cæcale, point qui n'est pas d'une fixité absolue.

A la radioscopie du tube digestif on note : 1° évacuation normale de l'estomac, 2° une légère déformation du bulbe duodénal, 3° un point douloureux qui semble coïncider avec la base du cæcum.

Un traitement médical et diététique n'apporte au bout de quatre mois aucune amélioration. La malade, hantée par l'idée que ses douleurs dépendent de l'appendice, nous supplie de l'opérer.

Deuxième opération le 3 juin 1925, huit mois après la cholécystectomie. On fait l'ablation de l'appendice qui macroscopiquement semble sain. Autour de la logette vésiculaire existe un ensemble de voiles cicatriciels, qui unissent le foie au duodénum. Nous les enlevons en totalité; il n'y a aucun épanchement sanguin. Suites opératoires sans incidents.

Trois mois après, les signes de dyspepsie réapparaissent probablement en même temps que l'organisation de nouvelles adhérences.

OBSERVATION IX (Résumée).

(WALZEL, Zür frage der Sogenannten gallenblasenregenerationem nach cholecystektomie, dans *Archiv. für Klinische chirurgie*, t. CXV, p. 1000, 1921.)

Anna B..., 57 ans, le 9 janvier 1918 subit une cholécystectomie rétrograde pour cholécystite lithiasique évoluant depuis six ans. Vésicule nécrosée par endroits, et couverte de sérosités purulentes. Exeat le 25 février 1928. Guérison.

Réhospitalisée le 24 août 1929, deux ans après la cholécystectomie, pour vomissements et douleurs épigastriques survenus après un repas trop copieux. La malade a la sensation d'une tumeur à l'estomac. Ces accidents qui ont débuté seize semaines après la première opération se sont accrus progressivement.

Examen. — A la palpation on perçoit une tumeur dans l'hypochondre droit. Tumeur et pourtour de cicatrice sont douloureux à la palpation profonde.

Repas d'épreuve HCl libre : 40, acidité totale : 76.

A la radio : estomac de tonicité normale, renfermant la moitié de son contenu trois heures après l'ingestion de la bouillie opaque. La partie située entre l'estomac et le duodénum paraît subir une sténose partielle. Duodénum en dextro et en rétro-position. Sa première portion est horizontale et dilatée. Sa deuxième portion est attirée vers la droite en formant un diverticule gros comme une noisette.

Réintervention le 30 août 1920 : Incision médiane obliquant à droite vers le milieu de l'ancienne cicatrice. Le côlon transverse rabattu, on voit le duodénum, dans sa partie horizontale supérieure, rejeté vers la région portale par des adhérences serrées. Section des adhérences. Libération du duodénum. Le cholédoque apparaît brillant, gros comme le pouce, dans l'angle inférieur de l'ancien siège de la vésicule, une tumeur kystique est reliée au cholédoque par un conduit gros comme une plume d'oie. Pédiculisation de la nouvelle formation au ras du cholédoque. Par l'orifice du canal cystique sectionné on peut sonder le cholédoque jusqu'à la papille. Pas de concrétions. Ligature du canal cystique au ras du cholédoque. Péritonisation avec lambeau du grand épiploon dont on interpose une partie entre le duodénum et le foie. Fermeture sans drainage.

Suites : Quarante-huit heures après péritonite aiguë diffuse. A l'intervention nouvelle on fait un lavage au sérum physiologique. Drainage. Mort six heures après l'opération.

A l'autopsie : Du siège de la deuxième opération au petit bassin à droite, lésion de péritonite aiguë. A gauche, la cavité péritonéale est saine. Au niveau de sa partie supérieure, le pylore présente un ulcère chronique transversalement placé.

OBSERVATION X (Résumée).

(MALLET-GUY, *Lyon médical*, 1927, t. II, p. 40.)

Pancréatite chronique après cholécystectomie.

Femme de 51 ans, opérée en 1921 de cholécystectomie, quatre ans après l'ablation de la vésicule. Elle accuse des douleurs épigastriques, sans ictère, très intenses avec irradiations lombaires et élévation thermique. Radio négative, cholédocographie négative.

Tubage duodéal : Meltzer-Lion non douloureux. Pas de bile B. Epreuve de Kaltsch douloureuse. Digestion pancréatique nulle.

A la suite du tubage, amélioration nette qui persiste trois semaines. La malade revient pour subir de nouveaux tubages dont l'action de drainage est très favorable.

CONCLUSIONS

I. — La périgastro-duodénite après cholécystectomie peut tenir sa gravité soit d'un syndrome douloureux intense, soit d'un syndrome sténosant, soit d'un état infectieux cachectisant.

II. — Elle peut être la conséquence d'une infection des voies biliaires et digestives causée par la stase biliaire et l'état de moindre résistance du foie qui en résulte.

III. — Après cholécystectomie, deux formes de périgastro-duodénite peuvent être envisagées : une forme bili-infectieuse chronique évoluant sans fièvre et une forme bili-infectieuse subaiguë dont le syndrome adhérentiel évolue sur un fond d'infection marquée.

IV. — Deux méthodes doivent être parallèlement appliquées : la dérivation intestinale accompagnée d'un drainage plus ou moins intense des voies biliaires.

V. — Si la médication cholagogue est parfois suffisante dans la forme bili-infectieuse chronique, la dérivation biliaire externe par tubage duodénal et par cholédocotomie paraît être indiquée dans la forme subaiguë.

VU, *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Bordeaux, le 14 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.



BIBLIOGRAPHIE

- AGRIFOGLIO (M.). — Influence de l'ectomie sur les fonctions du pancréas. *Policlinico Sez. Ch.*, n° 35, p. 397, 416, 1928.
- BABONNEIX et LEVY (M.). — Périduodénite syphilitique. Soc. méd. des hôp. de Paris, 1925.
- BALICE (Gaetano). — Influenza della bile sullo stato della flora batterica intestinale negli animali della vesichetta biliare. *Policlinico sez. chirurg.*, 34, p. 504-518, 1927.
- BARRET (G.) et CHAUFFOUR (H.). — Signes radiologiques de la sténose et du spasme du pylore. *Presse médicale*, 18 oct. 1922.
- BENGOLEA. — Opportunité opératoire de la lithiase biliaire. Résultats immédiats et éloignés. *La Prensa argentina*, n° 18, nov. 1922.
- BERARD et MALLET (Guy). — *Lyon chirurgical*, sept.-oct. 1931.
- BRÜNING. — Medicina hispano-germano-americana, p. 678, 1925.
- BERARD. — Cholécystectomie sous-séreuse. Soc. chir. Lyon, in *Lyon médical*, 1903.
- Opération de Kehr. *Lyon médical*, 1906.
- BEULE (De). — Cholécystectomie et drainage de l'hépatique. *Bull. Acad. méd. Belgique*, 1907.
- BUFFE. — Cholécystectomie sous-séreuse. Thèse Lyon, 1907.
- CANAVERO. — *Policlinico*, août 1928.
- CASTEX (A.-R.), BERETERVIDE (J. J.) et REPETTO. — Etudes radiologiques sur le duodénum. *Rev. de la Soc. de méd. intern. y de la Soc. de la Tisiol.*
- CAVE (H.-W.). — Dangers incident to cholecystectomy. An analysis of 575 cases of cholecystectomy and cholecystostomie. *Ann. of Surg.*, 84, p. 371-378, 1926.

- CERF et PAULY (N.) (de Luxembourg). — Dualité des adhérences périséricérales. *Presse médicale*, 8 sept. 1928, p. 1141.
- CONNEL (F. G.). — Remote results of biliary surgery. *Ann. Surg.*, 87, p. 837-843, 1928.
- COTTE. — Thèse Lyon, 1907-1908, n° 117.
- DANZIS. — Cholécystectomie, Analysis of 215 cases. Gallenblade diseases. Operation and results. *Surg. clin. North America*, déc. 1926, 6, 1397, 1412.
- DAVIS (B.-B.). — Operative mortality and end results in gallenbladder surgery. *Ann. Surg.*, 87, 735, 741, 1928.
- DEAVER (I. B.). — Recurrence of symptoms after operation for gallstone disease. *Illinois med. Journ.*, t. XXIX, p. 419-416.
- Operation and reoperation for gallstone disease. *Journ. of Am. med. ass.*, 17 avril 1920.
- DEBRAY. — Cholécystectomie sous-séreuse sans drainage. Thèse Paris, 1930, t. XIII, n° 99.
- DEL VALLÉE et DONOVAN. — Choledoco-oddite rétractile chronique. *Arch. arg. de méd. de l'app. dig.*, 1926, n° 4, p. 605.
- DESMARETS. — Cholécystectomie sous-séreuse sans drainage. *Journ. de chir.*, déc. 1927, p. 641.
- DOLTO. — Thèse Paris, 1931, t. XVI, n° 132.
- DUVAL, ROUX et BÉCLÈRE. — Etudes sur le duodénum, Masson, 1924.
- DUVAL et GALLETIER. — Périduodénite essentielle sténosante. *Arch. fr.-belg. chir.*, 1925, p. 1.
- ELSE (J. E.). — Pancréatite après cholécystectomie. *Northwest medecine (Seattle)*, mars 1928, p. 145.
- FINNEY (J. M. T.). — A study of some of unsatisfactory results following operations upon the biliary tracts en Canada. *Lancet Toronto*, août 1914, p. 892.
- FLÖRCKEN. — Suites opératoires de l'ectomie. *Dent. Reitsch. f. chirurg.*, 1926.
- GIULIANI et FECI (L.). — Résultats éloignés de la cholécystectomie. *Archiv. italiana di chirurg.*, 1930.
- GOSSET. — Ectomie dans la lithiase biliaire. Infect bil. Tech. et résultats. *Journ. de chir.*, 1911, t. VII, p. 1.

- GOSSET (A.), GUTMANN et JAHIEL. — Essai de traitement médical des périviscérités. *Arch. mal. de l'app. dig.*, n° 8, oct. 1927; *Presse médicale*, 13 mars 1928.
- GRAFF et WEINERT (A.). — Warum bleiben nach extirpation der gallenblase. *Beitrage zur Kl. chir.*, t. XVII, Tubing, 1914, p. 339.
- GUTMANN (R.), CALDÉRON, JAHIEL. — Les périoduodénites. *Bulletin médical*, 1927.
- GUTMANN et JAHIEL. — Deux aspects radiographiques de cancer de l'estomac. *Arch. mal. de l'app. dig.*, janv. 1929, p. 91.
- GUTMANN (R.-A.). — Pourquoi les opérés d'ectomie souffrent-ils ? *La médecine*, juin-juillet 1929.
- Syndrome épigastrique, Doin, Paris, 1930, t. II.
- HARTMANN et PETIT-DUTAILLIS. — *Journ. de chir.*, 1922.
- HEYMANN. — Résultats éloignés de la cholécystectomie. *Centralb. für chir.*, 1926, p. 2472.
- HUARD. — Les plaies du pédicule hépatique. Thèse Paris, 1929, t. XXIII, n° 25.
- JAMIN. — Diagnostic et traitement des troubles survenant après la cholécystectomie. *Lyon médical*, avril 1928.
- JONA (A.). — Périoduodénite et névrose. *Riforma medica*, 4 avril 1927, p. 332.
- JUDD (Y. G.) and BURDEN. — *Ann. of Surg.*, 79, 533-537, 1924.
- JUDD (E. S.). — Clinique de la cholécystite. *Collect. paper of the mayo F.*, 1925, p. 155.
- JUDD and PARKER. — Mortalité après ectomie. *Ann. surg.*, 84-419, 1926.
- JUDD and NAGEL. — Duodénites. *Ann. Surg.*, p. 380, 1927.
- LARDENNOIS (G.). — Les péricolites chroniques. XXXVI^e Congrès de l'Ass. franç. de clin., 3 oct. 1927.
- LERICHE et COTTE. — De la cholécystectomie à chaud. *Rev. de chir.*, 1912, p. 869.
- MARKS (G. A.). — Résultats éloignés de 109 cas d'ectomie. *New England Journ. med.*, 200, 587, 592, 1929.
- MARTIN. — Controverse sur la chirurgie de la V. B. *Ann. surg.*, 79, 424, 443, 1924.

- MATTHIEU. — Les suites éloignées des opérés de lithiasc biliaire. *Paris médical*, 1922, p. 428.
- Ectomie dans le trait de lithiasc biliaire. *Paris médical*, p. 461, 1926.
- MAYO (C.-H.). — Cholecystectomy versus ectomy. *Trans. South surg. and gynec. Assoc.*, 1915.
- MAYO. — Cholecystectomy. In *Mayo clinic*, t. XII, p. 119, 1920.
- Mc CLURE (R. D.). — Complications after cholecystectomy. *Ann. surg.*, août 1929.
- MIX. — Adhesions following cholecystectomy. *Med. clin. North America*, 5, 1689, 1703, 1921-1922.
- MOUISSET et DUPLANT. — Périgastrites subaiguës. *Lyon médical*, t. 2, p. 716, 1902.
- NAUNYM. — Klinik der cholelithiasis, Leipzig, 1892.
- OLCH. — Chronic cholecystitis. 100 ectomy. *Am. Journ. med. sc.*, 173, p. 368-374, 1927.
- PÂRTURIER (G.) et PHELIP — Réaction sous-hépatique du péritoine après cholécystectomie. *Soc. gast.-ent.*, mars 1928.
- PETIT-DUTAILLIS. — Résultats éloignés de la cholécystectomie. Thèse Paris, 1922, n° 132, t. XXX.
- POTTER. — Syndromes vésiculaires post-opératoires. *Missouri, Soc. med. Ass. Journ.*, p. 175, mai 1925.
- PRÉVOST. — L'estomac des biliaires à la radioscopie. Thèse Paris, 1926, t. XLI, 111.
- RABOUTET. — Troubles du transit intestinal après cholécystectomie. Thèse Paris, 1929, n° 509, t. XXXIX.
- RICHTER (H.). — Zimmermann Leo. Closure of the abdomen without drainage after operations upon the bile tracts. *Ann. surg.*, vol. 37, p. 187, août 1928.
- ROBBIANI. — Estudio del post-opératorio alejado di los colécyctec-tomizados por colécyctitis calculosa. *Bol. del Inst. de clin. quir.*, Buenos-Ayres, 18 nov. 1928, p. 85.
- SANDERS (R.). — Résultats éloignés de 500 cas de cholécystectomie. *Ann. surg.*, sept. 1930, p. 376.
- SHELLEY (H. G.). — After results of ectomy. U. S. vet. Bur., in *Bull.*, 6, 52-53, 1930.

- STANTON (E. M.). — Etude de la cholécystectomie. Ses résultats. *New-York Méd. Journ.*, 107, 682, 686, 1918.
- La vésicule non calculeuse. *Journ. of the Am. Med. Ass.*, 25 déc. 1926.
- SUTTON. — *Ann. of surg.*, 92, 141, 147, 1930.
- TOULOUSE. — Périviscérîte du carrefour hépatique. Thèse Paris, 1923, t. XXXIII, n° 85.
- TUCKER. — Liver notch adhesions following ectomy case reports. *Wisconsin in Journ.*, 28, 528, 529, 1929.
- UBE R. — Fondements et perspective du traitement de la lithiase biliaire. *Méd. germ.-hispano-am.*, n° 2, p. 127, 1923.
- VAJANO (D.). — Sur un cas de périoduodénite sténosante. *Radiol. medica*, sept. 1927, p. 795.
- VAUTRIN. — Périgastrite adhésive. *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1903.
- VILLAR (Jean). — Sur un cas de périgastrite grave après cholécystectomie. Congrès international de la lithiase biliaire de Vichy, 1932, Doin, Paris, 1932.
- VILLARD et DUCLOS. — Résultats éloignés des interventions sur les voies biliaires, Maloine, Paris, 1926.
- WALZEL. — *Archis für Klinis. ch.*, t. CXV, p. 1000, 1921.
- *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, t. CXCIV, p. 954, 1926.
- Les soi-disant récidives après opération pour lithiase biliaire. *Wiener Klinik. Woch.*, 1927, n° 34.
- WARREN. — Effets du liquide amniotique sur les séreuses. *Arch. of path. Chicago*, p. 860, nov. 1928.
- WOLFER (J. A.). — Bile leakage from the cystic duct following cholécystectomie. *Surg. Gynec. and obst.*, 49, 462, 472, 1929.
- WONCKEN. — *Arch. méd. belges*, mai 1927.
- ZUCKERMANN. — Indication et résultats de la cholécystectomie. *Medicina Mejico*, 25 août 1931.

